

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

310

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Michel, Edouard RIOU

Né le 25 Septembre 1910, à CHALLANS (Vendée)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DISSOCIATION GASTRO-COLIQUE

Président : M. Noël FIESSINGER, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Michel, Edouard RIOU

Né le 25 Septembre 1910, à CHALLANS (Vendée)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DISSOCIATION GASTRO-COLIQUE

Président : M. Noël FIESSINGER, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ERUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TUFTNEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
	LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANCON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	Pathologie chirurgicale.
BENARD Et...	Pathologie médicale.	DE GENNES...
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GAYET
BOULIN	Pathologie médicale.	Physiologie.
BULLIARD	Histologie.	GIROUD
CATHALA	Pathologie médicale.	Histologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...
COSTE	Pathologie médicale.	HALPHEN
DOGNON	Physique.	HAZARD
FEY	Urologie.	Pharmacologie.
FUNCK		HUGUENIN ...
BRENTANOP	Pathologie chirurgicale.	Anatomie pathologique
GAILLIARD	Parasitologie.	Hygiène.
GASTINEL	Bactériologie.	LACOMME
		Obstétrique.
		LANTUEJOL..
		Obstétrique.
		LAROCHE Guy.
		Pathologie médicale
		LELONG



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) .	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.	
LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR.....	
LIAN	
PASTEUR-	
VALLERY-RADOT	
SEZARY	

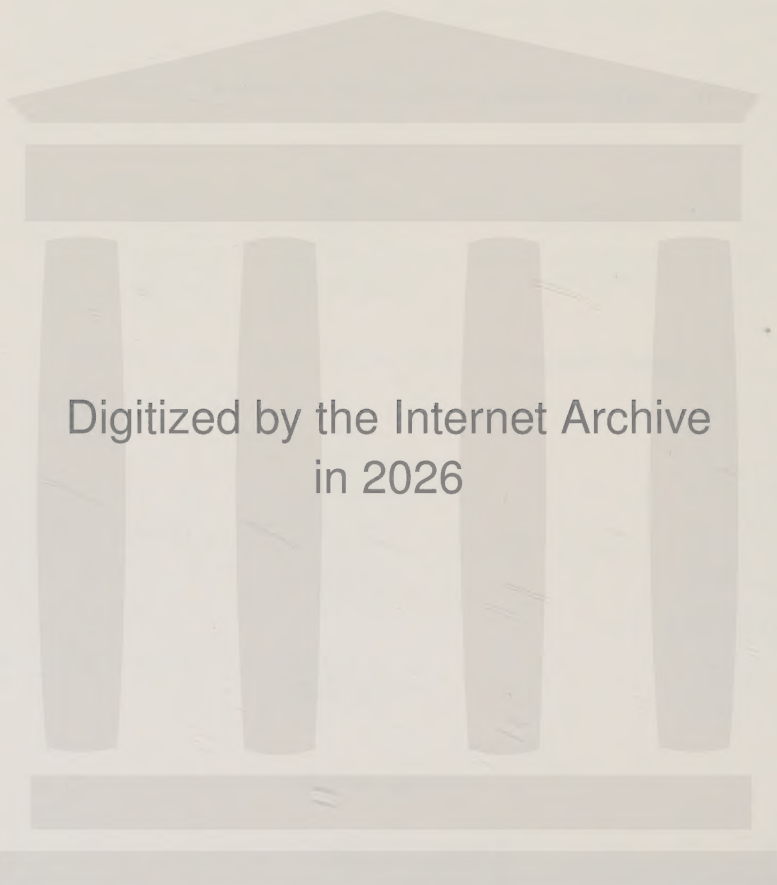
MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
LE LORIER ...	} Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	
LEDoux-LEBARD	
PHILIBERT, agrégé	
RUPPE	
WEIL-HALLE	

Education physique.
Radiologie clinique.
Microbiologie.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées, comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MA FIANCEE

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT
DES HOPITAUX DE NANTES

A Monsieur le Professeur Noël FIESSINGER
Professeur de Pathologie expérimentale et comparée
Médecin de l'Hôpital Necker

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde et respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur René PICARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Professeur à l'Ecole de Médecine

Médecin des Hôpitaux de Nantes

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et qui a bien voulu nous guider
dans son élaboration.*

*Nous l'assurons ici de toute notre re-
connaissance pour l'extrême bienveillan-
ce qu'il nous a toujours montrée et pour
l'enseignement dont il nous a fait béné-
ficier.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE NANTES

Stage

Monsieur le Professeur MIRALLIE (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur FAVREUL.

Externat

Monsieur le Professeur LEROUX.

Messieurs les Professeurs Gustave et Yves BUREAU.

Monsieur le Professeur Henri LERAT.

Monsieur le Professeur GIROIRE.

Monsieur le Professeur SEBILLEAU.

Monsieur le Docteur LEVESQUE (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur PICARD.

Monsieur le Docteur LEMEIGNEN (*in memoriam*).

Internat

Monsieur le Docteur PASQUEREAU (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur PICARD.

Monsieur le Docteur F. LERAT.

A M. le Docteur PERRIN.

A M. le Professeur VERAN.

A M. le Professeur PICHAT.

A M. le Docteur POUMIER.

A M. le Docteur VIEL.

A M. le Professeur ARONDEL.

A M. le Professeur JAROUSSE.

A Messieurs les Docteurs :
BARON, CHARBONNEL, COLAS

PRÉAMBULE

Il est classique de dire que le côlon transverse suit comme son ombre le bord inférieur de l'estomac, dans les traités de médecine la ptose du transverse n'est pas étudiée dans un chapitre spécial. Il est en effet très rare qu'un organe abdominal seul soit ptosé. C'est ce que Frantz Glénard avait vu lorsqu'il décrivit en 1885 la « maladie des ptoses ». Il est certain, en effet, que la ptose gastrique s'accompagne toujours d'une ptose du transverse et très souvent d'une ptose rénale ou hépatique. D'ailleurs, pour beaucoup d'auteurs, et en particulier pour Glénard, cette ptose du transverse qui, a priori, apparaît comme une conséquence de la ptose gastrique est en réalité très souvent à son origine, le transverse ptosé entraînant la ptose de l'estomac et celle des différents organes abdominaux.

Cette conception des panoptoses répond certes à la majorité des cas et correspond à une entité anatomique et clinique indiscutable et classique.

Mais suivant les conseils de notre Maître le Professeur Picard, nous voulons attirer une attention sur une forme particulière de ptose que nous n'avons vu nulle part décrite et qui consiste dans une ptose iso-

lée du transverse contrastant avec la situation haute de l'estomac : c'est ce que le Professeur Picard dans son enseignement qualifie de DISSOCIATION GASTRO-COLIQUE. Cette dissociation se présente cliniquement avec les symptômes d'une ptose gastrique cependant inexistante, symptôme auquel s'ajoute un syndrome intestinal antérieur au syndrome gastrique, et un syndrome mental fait essentiellement d'anxiété.

A vrai dire le diagnostic n'est qu'à peine pressenti par la clinique alors qu'il s'impose radiologiquement.

OBSERVATIONS

Notre matériel clinique est important. La dissociation gastro-colique est en effet une affection assez banale, le Professeur Picard a pu en 4 ans en relever 45 observations. Nous en choisirons 28 parmi les plus caractéristiques.

OBSERVATION I

M. J. D., viticulteur, 67 ans, vient consulter pour des troubles digestifs banaux, mais surtout pour une asthénie de plus en plus marquée qui, actuellement, s'accompagne d'anxiété diffuse et d'obsession. Il inquiète depuis quelques mois sa femme, parlant de se suicider dans une mare voisine.

L'examen montre un homme obèse (92 kilogs), très coloré, paroi abdominale médiocre, avec ventre en besace. Foie légèrement augmenté de volume, débordant le rebord costal de deux travers de doigt, de consistance légèrement accrue (éthyl), le reste de l'examen est normal. La T. A. est de 14 - 8. Rien dans les urines. Un dosage d'urée donne 0,37. Devant ces résultats négatifs, nous nous orientons vers la possibilité d'un néoplasme gastrique, bien qu'il n'y ait pas d'hémorragie occulte (4 échantillons de selles).

Aux rayons, thorax normal.

Un double repas baryté pris 7 et 14 heures aupara-

vant montre le côlon transverse à un travers de doigt du pubis, par contre, estomac transversal en corne de bœuf. Il en résulte une considérable dissociation gastro-colique. La distance séparant la grande courbure de la partie la plus ptosée du transverse étant de 12 centimètres.

Sans grande conviction, une ceinture abdominale basse, sans pelote, est prescrite à ce malade. Amélioration presque immédiate, disparition de l'asthénie, de l'angoisse et des idées de suicide.

OBSERVATION II

M. R. S..., 24 ans, souffre de digestions pénibles depuis son service qu'il a fait au Maroc où il a contracté une dysenterie amibienne. Mais ce qui préoccupe avant tout ce jeune homme, c'est qu'étant contremaître dans un chantier de construction métallique, il ne peut faire aucun travail, en raison d'une asthénie qui devient de plus en plus pénible et nécessite le repos étendu après le déjeuner qui est l'heure la plus pénible de la journée. Les premières heures de la matinée sont aussi très pénibles, surtout dès le lever où le malade se plaint de vertiges, de tendances lipothimiques.

L'examen est sensiblement négatif, en dehors d'une banale hypotension artérielle à 11-6. Actuellement, les selles sont pâteuses, mais sans glaires sanguinolentes. Un examen de matières ayant montré l'existence de kystes amibiens, un traitement par la pâte de Ravaut et le Stovarsol est institué, puis des lavements au Yatrein. Aucun résultat sur l'asthénie.

M. R. S... demande un examen radiologique qui montre une dissociation gastrocolique typique, estomac crête iliaque, transverse à un travers de doigt au-dessus du pubis. Ecart entre grande courbure et transverse : 9

centimètres. Le port d'une ceinture fait disparaître tous troubles ressentis par ce malade en position debout (vertiges, lipothimie), ainsi que l'asthénie.

OBSERVATION III

Mme B..., 30 ans, présente, depuis 5 ans, une colite pour laquelle elle a fait trois séjours à Châtel-Guyon, en raison de douleurs assez précises à la fosse iliaque droite, son médecin a parlé d'appendicite subaiguë. Elle se plaint en outre d'un état nauséux matinal et surtout d'une fatigue lombaire douloureuse lorsqu'elle est restée assez longtemps debout. Elle accuse enfin une fatigue croissante.

Aux rayons, estomac haut situé, parfaitement tonique, par contre, ptose du cæcum derrière le pubis. Je note en plus un point douloureux vif au niveau du bord interne du cæcum, avec résidu iléale du tiers environ du dernier repas baryté pris 7 heures auparavant. Une ceinture abdominale fait disparaître l'état nauséux et le malaise épigastrique, mais surtout la fatigue lombaire qui était le signe le plus pénible. Par contre, le point douloureux du bord interne du cæcum persiste.

OBSERVATION IV

M. B..., 33 ans, présente depuis plusieurs années, dit son médecin, des poussées d'entérocôlite avec diarrhées contenant parfois des glaires. En raison d'une assez vague sensibilité de la fosse iliaque droite, l'appendice a été enlevé sans amélioration de ses troubles intestinaux, ni de ses troubles gastriques qui ont revêtu le type de dyspepsie hypersthénique. Toujours d'après son médecin, suivant la lettre du Docteur Pouzin au Docteur Picard,

c'est un malade excessivement nerveux, quasi neurasthénique, très impressionnable, ne travaillant pas, donnant toujours à sa famille des inquiétudes sérieuses.

L'examen aux rayons montre une dissociation gastrocolique manifeste, ainsi qu'un point douloureux de Mac Burney très précis. (Nous notons que l'appendice a été enlevé.)

OBSERVATION V

Mme T..., 27 ans, vient consulter pour un syndrome dyspeptique banal avec aérophagie, mais ce qui l'inquiète surtout, c'est une fatigabilité extrême. Elle passerait sa journée au lit.

L'examen montre une malade maigre, avec un ventre assez développé dans la partie sous-ombilicale. Hypotension à 10 - 6. Points douloureux multiples, épigastrique, vésiculaire, également point douloureux de Mac Burney. La manœuvre de la sangle amène un soulagement net.

Aux rayons, dissociation gastro-colique manifeste, estomac absolument normal d'aspect, contrairement à toute attente, par contre, transverse en V, la pointe affleurant le pubis, distance entre la grande courbure et la pointe du transverse : 10 cm. Cette malade présente, en plus, une légère dilatation du gēnu infērius, avec séjour de la baryte à ce niveau, d'une dizaine de secondes. Elle est très améliorée de son asthénie et de ses troubles dyspeptiques par le port d'une sangle abdominale sans pelote.

OBSERVATION VI

M. S... est un constipé de toujours, mais depuis deux ans, cette constipation s'est aggravée et s'est accompa-

gnée d'une asthénie profonde, asthénie douloureuse, il est comme brisé le soir. Il accuse en plus des tendances à la syncope, il s'est même évanoui le mois dernier deux fois après le déjeuner. Ses tendances s'accompagnent de pâleur et de sueurs profuses.

A l'examen radiologique, magnifique dissociation gastro-colique avec inversion cæcale. Amélioration incomplète par le port d'une ceinture.

OBSERVATION VII

M. P..., 20 ans, se plaint, depuis 5 ans, d'un banal syndrome de dyspepsie sensitivo-motrice avec, quelquefois, des crampes 4 à 5 heures après les repas, constipation habituelle avec courtes périodes diarrhéiques, oxyurase. Mais le fait dominant est une asthénie qui fait qu'il passe ses journées de repos étendu.

A l'examen, malade maigre, avec ventre bombant dans la partie sous-ombilicale, signe de Leven très net et qui, sous les rayons, devient positif, lorsqu'on arrive au transverse.

Aux rayons, estomac haut situé et dont le bas-fond affleure les crêtes. Cæcum au pubis. Transverse à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Dimension grande courbure transverse : 9 cm.

OBSERVATION VIII

Mme H..., 23 ans, se plaint de pesanteur abdominale douloureuse, lorsqu'elle est en position verticale, sensation qui disparaît par la position étendue. Ses malaises sont survenus à la suite d'un accouchement, il y a un an, en même temps que s'installait une constipation opiniâtre.

L'examen ne montre absolument rien d'anormal, en

dehors d'une légère saillie de la région sous-ombilicale.
T. A. basse 10,5 - 6.

Aux rayons, estomac non ptosé, bas-fond à un travers de doigt de la ligne des crêtes iliaques, parfaitement tonique, par contre, transverse fortement ptosé, séparé de la grande courbure par 4 travers de doigt. Le transverse reprend une situation normale en décubitus dorsal.

Grosse amélioration à la suite d'une ceinture abdominale sans pelote.

OBSERVATION IX

Mme P. H..., 29 ans, est une asthénique se plaignant de troubles dyspeptiques banaux, de difficultés à pouvoir respirer librement, « à pouvoir aller au fond de sa respiration », mais ce qui l'inquiète surtout, c'est un malaise abdominal indéfinissable, s'accompagnant d'une anxiété diffuse. Tous ses malaises ont débuté quelques mois après une fièvre typhoïde. Au point de vue intestinal, constipation entrecoupée de diarrhées.

Aux rayons, estomac ni ptosé, ni dilaté, contrastant avec un transverse bas situé. Amélioration des malaises par le port d'une ceinture sans pelote.

OBSERVATION X

Mme R. A..., se présente essentiellement comme une psychasthénique ; elle se croit atteinte de maladies multiples, tuberculose, cancer de l'estomac, etc... En fait, elle accuse des troubles dyspeptiques des plus banaux, où domine la sensation de vide abdominal et plus particulièrement épigastrique. Son asthénie est telle qu'on a pu penser un moment à une insuffisance surrénale, d'autant que sa tension est basse à 9, - 5. Constipation

habituelle avec fausse diarrhée depuis plusieurs années (à la suite d'une grippe intestinale).

Aux rayons, dissociation gastro-colique évidente.

Amélioration par sangle abdominale.

OBSERVATION XI

M. A..., 50 ans, se plaint de vertiges matinaux, d'un état nauséux avec gaz buccaux et intestinaux. Il est inquiet.

L'examen montre un estomac haut situé, transversal, avec poche à air plus volumineuse que normalement, et surtout plus claire. Aspect qui disparaît après une éructation.

Par contre, cæcum et transverse au pubis. Ecart entre bas-fond gastrique et transverse : 11 centimètres.

Au point de vue intestinal, depuis la guerre, à la suite peut-être d'une dysenterie, selles pâteuses, fétides, avec sensation de gêne constante dans la fosse iliaque droite.

OBSERVATION XII

M. L. G..., 25 ans, se plaint essentiellement d'asthénie avec syndrome douloureux semi-tardif et amaigrissement de 8 kilos.

Depuis cinq ans, constipation opiniâtre nécessitant l'usage de laxatifs de plus en plus violents.

Estomac à deux travers de doigt au-dessous de la crête iliaque sans aucune image anormale. Par contre, légère sténose D 2, D 3 fonctionnelle. ,

Très grande ptose du transverse au pubis.

OBSERVATION XIII

Mme C... souffre depuis plusieurs années de son flanc droit et de son hypochondre droit.

Selles sont irrégulières ; constipation alterne avec selles pâteuses. A maigri de plusieurs kilos ces 6 derniers mois et se croit atteinte d'un néoplasme gastrique.

Estomac normal, de forme et de situation. Par contre, ptose très considérable du côlon droit, angle sous-hépatique à 3 travers de doigts de la crête iliaque. Le transverse décrit des sinuosités anormales, et effleure le pubis.

A noter que les douleurs de la malade, parfois assez vives, sont presque immédiatement calmées par le décubitus dorsal. Par contre, le port d'une ceinture n'a apporté qu'une minime amélioration.

OBSERVATION XIV

M. B..., 16 ans, souffre depuis 2 ans de dyspepsie sensitivo-motrice avec petites crises douloureuses transversales. Ce qui domine la situation, c'est un état de maux abdominaux diffus qui l'inquiètent. Constipation importante : usage journalier de laxatifs.

Aux rayons, estomac à peine ptosé. Par contre, transverse à 2 travers de doigt au-dessus du pubis. Point douloureux assez vif au bord interne du cæcum.

OBSERVATION XV

Mme D..., 35 ans, présente un syndrome douloureux tardif évoluant par périodes, faisant penser à un ulcus juxta-pylorique. Elle est, d'autre part, très asthénique et inquiète et présente enfin un amaigrissement considérable.

L'examen aux rayons, montre un estomac extrêmement ptosé (bas-fond à 4 travers de doigt au-dessous de la ligne bi-épine iliaque), alternatives de fortes contrac-

tions et de périodes d'atonie et dilatation de l'antré. En somme, syndrome de sténose pylorique fruste. D'ailleurs l'évacuation est retardée, la baryte à la 7^e heure n'étant encore que dans les anses iléales.

Revue trois mois après, la malade ne souffre presque plus de son estomac et, cependant, se plaint toujours de la même asthénie et de la même anxiété. L'examen radiologique donne des renseignements totalement différents : l'estomac est beaucoup moins ptosé, puisque son bas-fond n'est plus qu'à un travers de doigt de la ligne bi-épiniliaque, d'autre part, l'évacuation gastrique s'est faite dans les délais normaux et à la 7^e heure, la baryte injecte le côlon droit et le transverse, celui-ci est extrêmement ptosé et adhérent au pubis et dans la lettre du Docteur Picard au Docteur Gleises qui lui a envoyé cette malade à la date du 6 novembre 1930, il est noté : « il s'en suit un tiraillement très pénible gastro-colique qui peut d'ailleurs expliquer en partie certains malaises et en particulier cette sorte d'inquiétude due à des troubles cénesthésiques. Amélioration insignifiante par le port d'une ceinture abdominale.

OBSERVATION XVI

Mme B..., est adressée par le Docteur Dreneau pour des troubles dyspeptiques à horaire semi-tardif, peu caractéristiques en septembre 1930, mais surtout pour des préoccupations hypochondriaques à orientation gastrique (elle se croit atteinte d'un cancer de l'estomac).

Aux rayons : grosse dissociation gastro-colique. Cette malade est atteinte d'ailleurs de colite spasmodique depuis de nombreuses années.

OBSERVATION XVII

Mme Ba..., 27 ans, est une asthénique inquiète, atteinte de syndrome entéro-rénal depuis deux ans, et de colite avec alternatives de constipation ou de selles entas luisantes.

Aux rayons, estomac légèrement ptosé à 2 travers de doigt au-dessous de la ligne bi-épine iliaque, transverse adjacent au pubis. Ecart entre le bas-fond gastrique et le transverse : 7 centimètres. D'autre part, péricolite angulaire de l'angle sous-hépatique attiré en haut au contact du bulbe. Gros retard à l'évacuation du cæcum qui contient de la baryte après la 40^e heure.

Amélioration par le repos étendu et le port d'une ceinture.

OBSERVATION XVIII

Mlle L., 20 ans, se plaint d'un syndrome peu caractéristique, de douleurs précoces, semi-précoces ou tardives. Mais ce qui domine, c'est un état de lassitude et d'inquiétude, ainsi qu'un amaigrissement marqué. Constipation de plusieurs années.

Aux rayons, estomac ni ptosé, ni dilaté, cæcum au pubis, angle sous-hépatique à trois travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. Point douloureux au niveau de cet angle sous-hépatique qui, sur la paroi, semble un point Mac Burney. Ptose du transverse au pubis.

OBSERVATION XIX

M. F..., 33 ans, vient consulter le 16 mai 1930, pour un syndrome banal de gêne épigastrique post-prandial avec battements aortiques, il attire également l'attention sur des troubles intestinaux : constipation, selles

peu colorées, douleur le long du côlon gauche, tous ses troubles intestinaux ayant débuté vers l'âge de 27 ans.

A l'examen, malade pâlot, amaigri, semblant très fatigué et inquiet.

Aux rayons, estomac de siège normal, contrastant avec un transverse très ptosé à 1 travers de doigt du pubis. Hauteur de la dissociation : 10 centimètres. Le cæcum, l'angle sous-hépatique et l'angle splénique sont à leur siège habituel.

OBSERVATION XX

Mme Bé..., 55 ans, est une constipée de toujours, c'est aussi une névropathe qui se plaint de troubles les plus divers, où semblent dominer toutefois un malaise épigastrique post-prandial avec battements épigastriques, parfois des crampes douloureuses à horaire tardif.

Au rayons, estomac normal, duodénum normal, ptose du côlon droit dans le petit bassin, transverse au pubis.

Pas d'amélioration par le port d'une ceinture.

OBSERVATION XXI

Mlle Ve.... se présente comme une anxieuse repliée sur elle-même, ses préoccupations sont d'ordre gastrique. Elle a cru remédier à ses malaises en ne mangeant pas, d'où amaigrissement par inanition.

A l'examen, estomac ptosé à 2 travers de doigt au-dessous de la crête bi-épine iliaque, légère sténose fonctionnelle de D 2, D 3, ptose des côlons beaucoup plus marquée (transverse adjacent au pubis).

OBSERVATION XXII

Mme Ba.... est examinée le 11 décembre 1929 pour un état vertigineux, troubles dyspeptiques banaux, douleurs lombaires. Cette malade présente le syndrome de la colite muco-membraneuse.

Aux rayons, estomac transversal du type dit estomac des biliaires. Cæcum augmenté de volume, ptosé au pubis. Ptose au pubis de la première moitié du transverse. Points douloureux multiples au niveau de l'hypocondre droit (vésicule ?), au niveau de l'angle sous-hépatique et sur la paroi, ce point correspond sensiblement au Mac Burney ; points douloureux échelonnés le long du côlon gauche.

OBSERVATION XXIII

M. R. des M..., 58 ans, est un malade qui s'observe beaucoup dit sa femme. Il se croit atteint d'un cancer de l'estomac. Il se plaint essentiellement de malaises épigastriques survenant surtout le matin lorsqu'il se lève. En réalité, ce que l'interrogatoire montre de plus précis, c'est un état intestinal : 2 à 3 selles pâteuses par jour accompagnées de gaz nombreux peu fétides.

Aux rayons, l'estomac est haut situé au-dessus de la crête iliaque. Par contre, le cæcum est ptosé au pubis, l'angle sous-hépatique est à deux travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. Banal accollement en canons de fusil aisément réductible de l'ascendant et du transverse à 3 travers de doigt au-dessus du pubis.

Grosse amélioration par le port d'une ceinture.

OBSERVATION XXIV

Mme J..., 29 ans, est une vomisseuse névropathe. Elle elle vomit également après le déjeuner, jamais après le

diner. Ses vomissements sont précédés d'un vague malaise épigastrique et se font sans le moindre effort. Cet état dure depuis plusieurs années avec alternatives d'aggravation et d'amélioration. C'est une constipée chronique, constipation entrecoupée de débâcles diarrhéiques.

Aux rayons, estomac haut situé, absolument normal, côlon droit nettement augmenté de volume, cæcum au pubis, transverse au pubis.

OBSERVATION XXV

Mme Pa..., 41 ans, est une bacillaire soignée par un pneumothorax droit efficace; elle accuse un syndrome douloureux consistant en douleurs épigastriques vives suivant la moindre ingestion alimentaire, mais c'est un état névropathique important qui domine la situation. Cette tuberculeuse ne s'inquiète pas de son poumon, mais de son estomac, elle se croit atteinte d'ulcère ou de cancer.

L'estomac n'est ni ptosé, ni dilaté, le cæcum est au pubis, il en est de même du transverse.

OBSERVATION XXVI

Mlle Bi... se plaint de douleurs tardives et de gêne de l'hypochondre droit, c'est de plus une grande asthénique amaigrie.

Aux rayons, estomac peu ptosé, un travers de doigt au-dessous de la ligne bi-épiniliaque. Cæcum au pubis, angle sous-hépatique à 2 travers de doigt au-dessous de la crête, transverse au pubis. Sténose fonctionnelle de D. 2 D. 3 (cette conclusion de sténose fonctionnelle, n'est peut-être pas très exacte, car le bulbe duodénal est déformé en fer de lance, et il y a une attraction vers la droite de la moitié supérieure de la deuxième portion du duodénal).

OBSERVATION XXVII

M. F..., 17 ans, est avant tout un asthénique, incapable de poursuivre ses études secondaires. Il se plaint de fatigues continuelles, de céphalées, de migraines, d'états nauséeux et de malaises post-prandiaux. C'est un constipé depuis son enfance et cet ensemble morbide a été mis sous le compte de stase intestinale chronique.

A l'examen, malade longiligne très maigre avec ventre en besace. Subictère net des conjonctives. Points douloureux précis à droite de l'ombilic.

Aux rayons, les deux diaphragmes sont abaissés en toit. Estomac beaucoup moins ptosé qu'on s'y attendrait à un travers de doigt au-dessous de la ligne bi-épine iliaque, transverse caché par le pubis. Cæcum ptosé au pubis. Angle sous-hépatique à 3 travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. Angle splénique très haut, situé sous le diaphragme.

OBSERVATION XXVIII

M. J..., 20 ans, est adressé avec le diagnostic d'appendicite chronique et troubles généraux d'origine appendiculaire. Il se plaint en effet de malaises post-prandiaux, avec asthénie, de douleurs de la fosse iliaque droite ou de douleurs transversales en barre.

L'estomac est haut situé. Il y a stagnation de la baryte au niveau du génu-inférius qui est dilaté. Ptose très marqué du cæcum au pubis et de l'angle sous-hépatique à 2 travers de doigt au-dessous de la crête iliaque ? Transverse à 2 travers de doigt au-dessus du pubis. Point douloureux immédiatement au-dessus de l'ombilic et au bord interne du cæcum. Ecart entre bas-fond gastrique et transverse 5 centimètres.

ANATOMIE

Il est classique de réunir dans la description du côlon transverse :

— la partie moyenne transversale du côlon, étendue de l'extrémité supérieure du côlon ascendant à l'extrémité supérieure du côlon descendant.

— les deux angles qui l'unissent à chacune des deux portions citées plus haut : l'angle droit ou sous-hépatique, l'angle gauche ou splénique.

La partie transversale du côlon comporte donc entre ses deux angles qui sont à peu près constamment fixes, le côlon transverse proprement dit qui, lui, est excessivement mobile.

Après avoir étudié rapidement la topographie et la morphologie de la portion transversale du côlon, il nous restera à nous étendre sur ses moyens de fixité.

L'angle colique droit est décrit classiquement avec une ouverture de 60 à 80°. Il est normalement situé à la face inférieure du foie, au devant du rein, à la hauteur de l'extrémité antérieure de la dixième ou de la onzième côte et de l'apophyse transverse de la première lombaire.

En réalité, il est de forme excessivement variable. Les deux branches qui l'inscrivent s'accolent parfois

en canons de fusil; à l'opposé, l'angulation peut être remplacée par une voûte à sinus inférieur.

Il est plus intéressant pour nous de connaître la très grande fréquence de ses positions basses. Il n'est pas rare de le trouver dans la fosse iliaque droite à une plus ou moins grande distance de la crête iliaque.

Le côlon transverse est un organe tellement variable dans sa direction et sa forme que Buy a pu l'appeler l'organe protégée de l'abdomen. Il donne la proportion de 23 côlons normaux contre 77 côlons déplacés. En présence de ces variations si nombreuses Cohan a été obligé de décrire quatre variétés de côlons transverses. Il est cependant possible de décrire un type de côlon normal, non dévié qui « va de l'extrémité inférieure du rein droit à l'extrémité supérieure du rein gauche, en longeant la grande courbure de l'estomac, en croisant la deuxième portion du duodénum » (Buy).

Au point de vue de sa direction et de sa forme générale, il faut diviser le côlon transverse en deux segments dont l'union se fait au niveau du croisement de l'artère mésentérique supérieure.

La portion droite encore appelée anse transverse vraie ou anse sinueuse est horizontale ou légèrement oblique en bas, en avant et en dedans. Elle décrit des sinuosités en S italique.

La portion gauche anse gastro-colique est ascendante, longue et décrit une courbe plus ou moins accentuée, pour se porter obliquement en haut, à gauche et en arrière, le long de la grande courbure de l'estomac, jusqu'au niveau de l'angle gauche.

Ces deux segments se continuent réciproquement par un angle d'acuité variable qui donne à l'ensemble du côlon transverse une forme en V.

Mais cette description du transverse est purement schématique, et ne répond à la réalité que dans peu de cas.

Quelquefois, mais rarement, le côlon transverse est dévié vers le haut (Cohan).

Dans la grande majorité des cas, surtout chez la femme, le côlon est abaissé. Ces déviations vers le bas suivant qu'elles portent sur l'ensemble du côlon ou sur un de ses segments, réalisent des côlons en W, en Y, en M, en U, en V, l'extrémité inférieure de l'anse pouvant être pelvienne.

Ces abaissements du côlon transverse entraînent des changements dans sa situation et dans ses rapports avec les autres organes abdominaux. En situation normale, il traverse de droite à gauche l'hypochondre droit, l'épigastre, l'hypochondre gauche. Mais dans ses formes basses il descend dans la portion sous-ombilicale de l'abdomen. Sur 40 cas, Fromont trouve 22 fois le côlon au-dessus de l'ombilic, 10 fois au niveau, 8 fois au-dessous. Pour Mauclore et Mouchet sur 100 côlons examinés, 41 étaient au-dessus de l'ombilic, 34 au-dessous, 26 au niveau. Ils insistent, en outre, sur ce fait que deux fois plus de femmes que d'hommes avaient le côlon transverse au-dessous de l'ombilic.

Tous ces côlons en position basse présentent une notable augmentation de longueur. Dans un cas, Cohan a pu mesurer un côlon transverse long de 87 centi-

mètres, alors que les dimensions données comme normales varient entre 50 à 60 centimètres.

L'angle colique gauche est très aigu de 40 à 50°. Il est orienté dans un plan antéro-postérieur, la branche antérieure étant formée par le côlon transverse, la branche postérieure par le côlon descendant. Ces deux branches sont accolées sur une longueur de 6 à 7 centimètres.

Profondément situé dans l'hypochondre gauche, il répond à la gouttière comprise entre le bord externe du rein gauche et la paroi abdominale. Sensiblement plus haut que l'angle droit il se projette en avant au niveau de la huitième côte, en arrière sur un plan répondant à la onzième et douzième vertèbre dorsale.

Dans cette portion transversale du côlon, les angles sont les points fixes, surtout l'angle gauche, le côlon transverse en est la portion mobile qui présente la plus grande variété de formes et de situation. Comment sont fixés les angles ? Quels sont les éléments qui essaient de maintenir en place le transverse ?

L'angle colique droit est fixé par des ligaments qui se superposent en trois plans :

— Le plan superficiel est constitué par le ligament hépato-colique expansion droite du grand épiploon.

— Le plan moyen est formé par le ligament cystico-duodéno-colique prolongement droit du petit épiploon, et par le ligament réno-duodéno-colique.

— Le plan profond est constitué par la lame fixa-

trice du coude droit de Buy, extrémité droite du fascia d'accolement de Toldt.

La fixation de l'angle droit est des plus variables, il est rare, en effet, de trouver ces ligaments au complet. Quand ils existent, ils présentent souvent une trop faible résistance pour être capables de soutenir d'une façon efficace l'angle colique droit.

L'angle colique gauche est plus solidement amarré que l'angle droit. On peut aussi schématiser ses nombreux ligaments en trois plans.

— Le plan superficiel est constitué par le ligament phrénico-colique gauche, ou sustentaculum lienis, il représente le reste du diverticule latéral du sac épiploïque. Il est très constant.

— Le plan moyen est constitué par le ligament spléno-mésocolique de Buy, très inconstant, son rôle est nul.

— Le plan profond est constitué par la lame fixatrice de l'angle gauche (Buy), extrémité gauche du fascia d'accolement de Toldt. Elle est moins fréquente qu'à droite.

Le ligament qui assure le mieux la fixité de l'angle, est le ligament phréno-colique. Il forme une lame triangulaire, sorte d'éventail rigide, fibreux, résistant, étendu du péritoine pariéto-diaphragmatique à l'angle du côlon. La rate loge son pôle inférieur dans la concavité de sa face supérieure.

Entre ces deux angles, points fixes, surtout le gauche solidement amarré, le côlon transverse est très mobile. Son méso qui le relie à la paroi abdominale

postérieure est trop long; il ne joue le rôle que de pédicule vasculaire.

Jonnesco donne du mésocôlon la description suivante : « Le méso-côlon transverse forme une cloison horizontale interposée à l'intestin grêle d'une part, au foie, à l'estomac et à la rate d'autre part. Il divise la cavité abdominale en deux étages : un supérieur dont il forme le plancher, étage gastro-spléno-hépatique; un autre inférieur dont il forme la voûte, étage intestinal ».

Sa racine pariétale s'étend entre les deux reins, son bord intestinal s'insère sur la face postérieure du côlon. Il est plus intéressant pour nous de connaître sa hauteur, qui très faible à droite de la mésentérique supérieure, peut atteindre 14 à 16 centimètres au niveau de la partie moyenne de l'anse gauche. Cette très grande hauteur du méso-côlon permet d'abaisser, dans presque tous les cas, le côlon transverse jusqu'au détroit supérieur. Ce n'est donc pas lui qui maintient le transverse en situation haute.

Pour réaliser cet abaissement, il faut en effet, sectionner le ligament gastro-colique, repli péritonéal qui rattache le côlon transverse à la grande courbure de l'estomac. Il atténue, pour Cohan, l'extrême mobilité du côlon transverse.

Ce ligament ne constitue pas une formation autonome. Il est formé par la lame antérieure du grand épiploon qui passe chez l'embryon au devant du côlon sans lui adhérer. Plus tard, elle se soude au côlon transverse en même temps que se soudent aussi les deux lames du grand épiploon.

Le ligament gastro-colique est normalement très court. C'est lui qui, nous le répétons, maintient haut placé le côlon transverse le long de la grande courbure de l'estomac.

Buy n'a trouvé souvent que 1 à 2 centimètres entre le côlon transverse et l'estomac. Mais d'autres fois, le ligament était plus haut et le côlon transverse placé pourtant le long de la grande courbure, pouvait être facilement abaissé à 5 ou 6 centimètres au-dessous d'elle.

Il est en cela d'accord avec tous les auteurs, qui sans donner de dimensions précises, insistent dans leurs descriptions sur la proximité du côlon et de la grande courbure.

Mauclair et Mouchet disent que la portion gauche du côlon transverse reste d'une façon générale parallèle à la grande courbure derrière laquelle elle vient généralement se placer au moment de se couder pour devenir côlon descendant.

Luschka signale le fait que le côlon transverse passe au devant de l'estomac dont il cache ainsi toute la portion laissée à découvert par le foie.

Tillaux rappelle l'attention sur ces faits à l'occasion de la gastrostomie.

Fromont décrit l'anse gastro-colique accolée à la grande courbure de l'estomac.

Ducatte a mesuré la longueur du ligament gastro-colique : il trouve de 3 centimètres 5 à 5 centimètres à droite et de 1 centimètre 5 à 3 centimètres à gauche.

Enfin dans le traité d'anatomie de Testut et Latar-

jet, on trouve que « la portion gauche du côlon transverse suit la courbe gastrique, variant sa position suivant la longueur du méso, suivant aussi le degré de réplétion des deux organes. Le rapport des deux organes est toujours très intime. Cette intimité explique la production de fistules gastro-coliques au cours de l'évolution de certains ulcères ou cancers ».

On ne peut donc concevoir un écartement des deux organes que par l'allongement du ligament gastro-colique.

Cohan dans ses recherches sur la situation du côlon transverse portant sur 40 autopsies de vieillards publie 5 observations où le côlon transverse est à peu près horizontal, ne descendant pas au-dessous de l'ombilic « forme semblable à celle que décrivaient les anciens auteurs comme normale ». Le ligament gastro-colique est court et ne dépasse pas 6 centimètres. Le méso-côlon transverse mesure 12 centimètres dans sa partie médiane. Il leur oppose 10 observations où le côlon transverse forme dans la cavité abdominale une vaste anse à concavité supérieure qui se trouve en contact avec la symphyse pubienne. Le ligament gastro-colique est long : il mesure sur la ligne médiane 12 centimètres. Le méso-côlon transverse est à peine plus long que normalement.

Dans sa description des côlons transverses déplacés vers le bas, Buy écrit : « le côlon atteint l'ombilic, le dépasse, arrive jusqu'au pubis. On comprend qu'alors le méso-côlon transverse et le ligament gastro-colique soient plus ou moins allongés. Le méso-côlon

transverse qui à l'état normal peut mesurer 11 à 12 centimètres ne dépasse guère même dans les formes pubiennes 14 à 15 centimètres. Le ligament gastro-colique double ou triple sa hauteur qui, normalement, varie entre 3 et 5 centimètres.

Mais toutes ces notions anatomiques sont tirées d'autopsies et n'ont certainement qu'un rapport éloigné avec la réalité. Il y a plus : les dimensions pour ainsi dire physiologiques, celles de l'individu à ventre non ouvert, les seules réelles ne peuvent être fournies que par la radiologie.

Anatomie radiologique

Pour l'examen radiologique des côlons deux techniques sont le plus couramment employées : l'ingestion et le lavement.

Le premier procédé consiste à faire ingérer aux malades un repas opaque. Certains auteurs conseillent d'ajouter la baryte aux aliments afin de se placer dans les conditions digestives habituelles. Lorsque l'évacuation gastrique est normale, ce que l'on pourra vérifier par un examen préalable, voici dans quels temps se produit le remplissage du gros intestin et particulièrement du côlon transverse. Le Professeur Noël Fiessinger dans son étude radiologique de la traversée colique normale donne les temps suivants : le début de la colonne barytée atteint le cæcum la cinquième heure, puis l'angle colique droit la 8^e heure après l'ingestion de baryte. Le repas opaque se déverse ensuite rapidement dans le transverse attei-

gnant l'angle gauche à la 10^e heure. Il marque alors un temps d'arrêt, qui a pour effet de dessiner presque complètement le transverse durant un laps de temps variant entre 9 heures et 14 heures après la prise de la baryte. Pendant cette période de remplissage du transverse, le cæco-ascendant reste complètement injecté. La colonne barytée s'engage alors dans le côlon descendant tandis que le côlon droit se vide progressivement. La traversée du côlon pelvien est rapide. L'ampoule rectale se remplit aux environs de la 22^e heure. Le transit total du point le plus avancé de la colonne barytée est approximativement de 24 heures, tandis que l'élimination totale varie entre 30 à 48 heures. Telles sont les données « classiques » que donne le professeur Noël Fiessinger en insistant sur le fait, qu'en général, le temps du transit des sujets normaux dépasse les limites assignées classiquement. Il a trouvé des temps d'élimination totale variant entre 48 heures et 5 jours et demi.

Le volume d'un seul repas est insuffisant pour dessiner tout le côlon; de plus, le cheminement normal de la baryte ne permet pas de voir tous les segments remplis en même temps. Aussi certains auteurs font-ils absorber plusieurs repas en fixant comme intervalles entre chacun des repas le temps théorique du cheminement pour chacun des segments.

La méthode par lavement présente justement l'avantage de donner immédiatement une image de la totalité du cadre colique. Il est possible dans la plupart des cas d'examiner le malade sans aucune pré-

paration. Mais il est préférable de le préparer en lui faisant évacuer son intestin. La purgation réalise parfaitement cette évacuation mais présente cet inconvénient de s'accompagner d'une production de gaz qui gêne la progression du lavement opaque. Le lavement évacuateur ne favorise pas l'aérocolie mais prédispose l'intestin à des spasmes à moins qu'on ne prenne la précaution de le faire trois ou quatre heures avant le lavement baryté.

Celui-ci se compose de 300 à 400 grammes de sulfate de baryte ajoutés à 1.200 grammes d'eau tiède que l'on injectera à faible pression prêt à interrompre le lavement au moindre malaise du malade.

D'autres méthodes d'examen ont été décrites : l'insufflation seule qui ne sert que pour augmenter le contraste d'organes ordinairement peu visibles. La méthode de Fischer qui utilise l'insufflation pratiquée aussitôt l'évacuation du lavement baryté rend de grands services pour dépister les diverticules.

Suivant que l'on emploie une de ces deux méthodes précédemment citées l'aspect radiologique des côlons est absolument opposé.

Après repas opaque le côlon normal présente un aspect annelé absolument particulier. Il est constitué par une suite de bosselures étagées, de boursouflures inégalement réparties sur le côlon, variables en nombre, en hauteur, en volume, qui ont fait comparer son aspect radiologique à des piles de monnaies. Ces renflements cloisonnés sont désignés sous le nom de segmentations haustrales. L'irrégularité de la répar-

tition de la substance opaque, la non-imprégnation de certains segments coliques augmentent la diversité des aspects, même au cours d'examens répétés chez le même individu. En réalité il s'agit du « moule du péristaltisme ».

En cas d'examen par lavement tous les plis du péristaltisme s'effacent, le côlon prend un aspect tubulé.

L'examen particulier des angles coliques et du côlon transverse vient confirmer les données de l'anatomie.

L'angle splénique se caractérise surtout par sa remarquable fixité, ne se déplaçant pas par le passage à la station verticale, et la constance de ses repères osseux : les deux dernières côtes et la dixième vertèbre dorsale. Il est d'une grande visibilité. Vu de face la branche descendante peut masquer la moitié gauche du transverse : il peut y avoir une image en canons de fusil. Vu de profil l'angle prend un aspect arrondi, presque en arc, contrastant avec l'angle aigu que l'on voit de face.

L'examen radiologique du côlon transverse permet d'apprécier la grande mobilité et la grande diversité de formes du côlon transverse. A côté de la forme normale en H on trouve des dispositions en M, en V, en U. La pointe de l'M, du V peut aller de la 12^e dorsale à la 4^e lombaire. Par contre, dans la position de Trendelenburg, le transverse repose sur la face inférieure du foie et suit les mouvements respiratoires.

L'angle hépatique peut être obtus, aigu ou absent.

H. Surmont dans son étude stéréoradiographique du côlon transverse le décrit en forme de voûte, il prétend même que le terme allemand de « flexura » convient mieux aux nombreuses circonvolutions que l'intestin décrit à son niveau. Il répond à peu près à la première lombaire de 2 à 5 centimètres au-dessus de la crête iliaque. Mais sa situation est très variable : il peut être médian. De même sa forme fréquence des accollements en canons de fusil entre le côlon ascendant et le transverse. Dans la station debout il se déplace comparativement au *cæcum*.

Mais ces descriptions de la forme et de la situation du côlon transverse normal, sont loin de répondre à la totalité des cas. La morphologie du côlon transverse est, nous le répétons, extrêmement variable et les aspects que nous venons de décrire sont souvent compliqués par la ptose d'un des angles, le gauche, ou plus rarement des deux, ou par un allongement plus ou moins considérable de la portion intermédiaire, le dolichocôlon.

J. Gatellier, F. Moutier et P. Porcher dans leur atlas de radiologie clinique du tube digestif, ne peuvent concevoir de ptose vraie du côlon transverse que si les points fixes, c'est-à-dire les angles coliques, se trouvent abaissés. Ils ne reconnaissent que deux types communs de ptose :

« La ptose de l'angle sous-hépatique qui entraîne le transverse. L'angle splénique seul point fixe semble le pivot auquel sont suspendus un segment gauche plus ou moins normal et un segment droit qui pré-

sente des formes diverses de plicature et de télescopage. Le cæcum peut reposer sur le fond du petit bassin, tout le gros intestin droit et la moitié du transverse venant occuper la fosse iliaque droite ».

La ptose, l'angle splénique étant abaissé à son tour, de tout le cadre colique qui s'affaisse dans le bassin, « formant une masse qu'il est impossible de dissocier par la palpation. Ce n'est qu'en faisant reprendre au malade le décubitus dorsal que l'on peut espérer y parvenir ». Enfin, les auteurs décrivent un aspect rare : l'angle splénique seul est abaissé.

Mais les auteurs n'admettent pas la ptose n'intéressant que le côlon transverse, les deux angles restant à leur place. « Ce transverse qui pend en guirlande, n'est que l'exagération d'un type normal ou que le développement d'un dolichocôlon segmentaire ».

Nous pouvons rapprocher de cet avis les observations faites aux Etats-Unis par Moody, Van Nuys et Chamberlain dans une étude aux rayons X de 600 adultes, tous les sujets ayant un passé gastro-intestinal ou de la constipation ayant été exclus. Ils trouvent la position basse du côlon transverse si commune, qu'ils la considèrent comme normale.

Les dolichocôlons sont des anomalies coliques consistant en un allongement segmentaire ou partiel du gros intestin sans augmentation de calibre. Les angles restent en situation normale, ce sont les segments intermédiaires qui présentent des allongements. Mais nous savons les variations d'aspect que peut présenter le côlon transverse pour lequel on admet une longueur

normale de 30 à 80 centimètres. Aussi est-il difficile de dire où commence le dolichocôlon.

La dolichocôlie du côlon transverse est beaucoup plus rare que celle des autres côlons. Ses aspects sont si divers qu'elle est presque impossible à décrire. Gattelier, Moutier et Porcher insistent sur les points suivants : lorsque le dolichocôlon porte surtout sur le segment gauche, on trouve des boucles en 8 de chiffre, dont le centre est plus ou moins l'angle splénique que sa fixité transforme en pivot. Lorsque le dolichocôlon est total on trouve des aspects en V, en U, en W avec des superpositions et des combinaisons variables pour chaque cas.

En fait, nous ne trouvons nulle part de documents radiologiques nous intéressant. Si certains auteurs signalent des côlons transverses descendus au pubis, en guirlande, ils n'en tirent pas les mêmes conclusions que nous.

Pour l'examen de nos malades, c'est, nous le répétons, la méthode par ingestion de baryte, avec plusieurs repas séparés, que nous avons préférée. Nous avons rejeté le lavement baryté, car il donne une image très fausse de la forme et surtout de la position de l'intestin. Nous n'insisterons pas sur ce que cette méthode a d'antiphysiologique : une telle abondance de liquide sollicite des contractions évacuatrices qui viennent gêner l'examen. De plus, le côlon dilaté et distendu devient douloureux et particulièrement sensible. On a dit également que le lavement ne donnait pas une image vraie du côlon, mais une

« caricature » tellement il exagérât certaines caractéristiques du côlon observé. Mais nous reprocherons surtout au lavement baryté de redresser des ptoses indiscutables sous l'influence de la distension colique, à un point tel que l'on peut conclure à un côlon normal. D'autre part, comme l'examen doit être fait debout, le passage de la position horizontale dans laquelle se fait le lavement baryté, dans la position verticale, fait que le lavement est évacué avant l'examen.

Bien que la méthode par ingestion soit plus délicate à manier, nous avons fait nos examens uniquement par voie buccale. Nous donnons trois repas barytés, 20 heures, 14 heures et 7 heures avant l'examen, de façon à avoir le plus de chances possibles d'avoir une image complète des côlons. Après un examen attentif de la position des côlons, le malade prend un quatrième repas baryté sous écran afin d'examiner la situation de l'estomac. Nous conseillons de prendre la précaution d'attendre 10 minutes environ avant de faire un orthodiagramme, car très souvent l'estomac dans les premières minutes de l'examen est plus haut qu'il ne le sera au bout d'une dizaine de minutes, sans que cela veuille dire cependant, comme le dit T. Martini, qu'il s'agisse d'atonie gastrique.

Il est intéressant de noter enfin l'aspect des diverses portions duodénales : on aura en particulier assez fréquemment l'occasion de trouver une sténose du duodénum dans la dissociation gastro-colique.

On prendra alors un orthodiagramme et non un calque banal. Ce procédé a l'avantage de donner une anatomie exacte, qui permet de noter à quelques millimètres près les positions respectives de la grande courbe gastrique à sa partie la plus déclive et du côlon transverse à sa partie la plus inférieure. En fait, nous mesurons l'allongement du ligament gastro-colique.

Nous avons employé une autre méthode dans une vingtaine de cas. C'est la téléradiographie avec ampoule de 1 m. 50, qui donne des résultats admirables, mais désastreux pour les ampoules.

Nous décrivons dans un chapitre suivant les résultats que nous ont donné nos examens radiologiques et la mensuration de la distance entre la grande courbure de l'estomac et le côlon transverse.

PATHOGÉNIE

La ptose colique reconnaît les facteurs étiologiques des ptoses en général. Elle n'est qu'un élément faisant partie d'un ensemble de modifications statiques des organes abdominaux. C'est ce qu'avait vu Frantz Glénard, quand il décrivit la « maladie des ptoses ».

Ces facteurs étiologiques sont de deux ordres, les uns acquis, les autres congénitaux. Nous allons essayer de les résumer brièvement.

Les facteurs congénitaux conditionnent le terrain qui représente un facteur primordial dans la pathogénie des ptoses.

Des sujets présentant une morphologie spéciale, seraient prédisposés aux ptoses : c'est le type longiligne décrit par Stiller.

Pour Lane, il y aurait chez les ptosiques une mauvaise adaptation à la station debout, créant une traction sur les mésos.

A cet ensemble morphologique s'associerait un abaissement de la tonicité et une atrophie de la fibre musculaire lisse, facteurs sur lesquels ont insisté Tuffier, puis Loeper et Baumann (leiasthénie de ces derniers auteurs).

On a également voulu invoqué l'influence de la

déminéralisation, d'une déficience du métabolisme, de troubles endocriniens (hypothyroïdie, hypo-ovarie).

Ces facteurs représentent les causes lointaines de la ptose. Ils conditionnent ce terrain à mauvais tissus, sur lequel vont jouer les facteurs acquis.

Dans un premier ordre de faits, toutes les causes de déséquilibre de l'abdomen par leur action sur les ligaments, et toutes les causes de déficience de la paroi abdominale jouent un rôle essentiel. Ce sont les grossesses répétées, l'inanition, toutes les causes d'amaigrissement rapide, les éventrations à la suite d'interventions chirurgicales, le vide laissé par l'extirpation d'une grosse tumeur abdominale.

Mais il ne faut pas négliger le rôle aussi important et parallèle, que joue l'atonie acquise, c'est-à-dire la déficience de la fibre musculaire dans la pathogénie des ptoses. Cette atonie acquise reconnaît des causes nombreuses. Nous citerons d'abord l'inanition, quelle que soit sa cause : psychique, maladie prolongée, régime trop strict, spontanément suivi ou ordonné médicalement, cure d'amaigrissement mal surveillée.

Mais de nombreuses autres causes sont invoquées par les auteurs : les troubles nerveux, les actions toxiques, infectieuses, et au premier plan la tuberculose, les déficiences glandulaires enfin, et Carrajjannopoulos accorde un rôle important à l'insuffisance ovarienne.

Tels sont rapidement passés en revue les principaux facteurs plus ou moins fréquemment mis en cause dans la pathogénie des ptoses.

Dans la dissociation gastro-colique, ces diverses causes ont peu d'importance et manquent le plus souvent. Cela se conçoit d'ailleurs facilement puisque, dans la dissociation gastro-colique, l'abaissement du côlon transverse ne s'accompagne d'aucune autre ptose viscérale. L'estomac est à sa place ainsi que les reins et le foie (exception faite pour le rein droit assez souvent ptosé).

Dans les cas qui nous intéressent, au contraire, il y a une cause locale, intestinale, et non une cause générale, le terrain. Ainsi c'est dans une maladie intestinale antérieure qu'il faut chercher l'origine d'une dissociation gastro-colique.

Le facteur étiologique que nous avons rencontré le plus souvent, c'est une constipation banale, remontant parfois à l'enfance. D'autres fois, c'est une constipation douloureuse avec débâcles diarrhéiques et glaires dans les selles.

Moins souvent, nous nous sommes trouvés en présence d'une colite du type appelée par Mathieu colite muqueuse avec putréfaction. Très rarement enfin, il s'agissait d'une colite à selles acides jaunes, type colite de fermentation.

Dans l'histoire de nos malades, nous trouvons avec une certaine fréquence une fièvre typhoïde à l'origine des troubles intestinaux. Une affection parasitaire assez banale nous paraît d'autre part, avoir une certaine importance, l'oxyurase.

Ces différentes affections paraissent agir en déterminant une atonie de nature fonctionno-organique des fibres lisses des côlons.

Il se passe ici ce qui se passe pour tous les organes creux. Après une lutte plus ou moins longue, l'organe se laisse distendre. En fait la distension dans le cas présent se fait en longueur et non en largeur, et la défaite du transverse se traduit par son allongement : une tendance au dolichocôlon. D'ailleurs Lardennois avait invoqué la colite comme cause déterminante du dolichocôlon : « Il est, dit-il, logique d'admettre qu'un côlon atteint de colite chronique s'allonge ». Chiray, Lomon et Wahl pensent que ce sont plutôt les troubles du transit qui agissent. Ils s'appuient sur le fait que de nombreux auteurs ont vu régresser le dolichocôlon par la cure de la constipation (Béclère, Alban Girault, Gaston Durand). Il est donc probable que la constipation peut créer l'allongement de l'intestin. Mais dans le cas de dolichocôlon vrai, il y a en plus des causes prédisposantes d'ordre anatomique, que les causes précédemment invoquées ne font qu'exagérer. Nos malades atteints de dissociation gastro-colique ne présentent pas un véritable dolichocôlon mais un simple allongement du transverse.

Cet allongement du transverse nécessite une augmentation des dimensions du ligament gastro-colique qui entraîne une perte de sa tonicité. De sorte que, si la dissociation gastro-colique entraîne un étirement du ligament gastro-colique, il est secondaire à l'augmentation de longueur du côlon transverse.

Cette dissociation gastro-colique s'accompagnant d'un syndrome pathologique, et qui est la seule que

nous étudions dans ce travail, est différente de la dissociation gastro-colique que l'on peut imaginer chez des malades porteurs d'un dolichocôlon avec un estomac normalement situé.

Le dolichocôlon se différencie de la ptose ainsi que le font remarquer dans leur atlas Gatellier, F. Moutier et Porcher, par ce fait que contrairement à la ptose, le dolichocôlon présente des angles normaux.

Ce sont donc les segments intermédiaires qui présentent des allongements. Il en résulte des aspects variés de boucles en 8, ou en W, etc... Au point de vue clinique, le fait dominant est que ces malades atteints de dolichocôlon congénital ne souffrent pas, c'est une simple malformation anatomique. L'absence de douleurs tient à ce que en cas de dissociation gastro-colique d'origine dolichocolitique, le méso n'a pas subi d'allongement progressif : il a été fait à la longueur de son côlon (que cette expression nous soit pardonnée). Quant aux crises douloureuses décrites par Chiray, Lomon et Wahl comme signe de dolichocôlie, elles traduisent plutôt des petites complications du dolichocôlon, et se manifestent par des crises de subocclusion passagères qui ne sont en rien comparables au malaise permanent et générateur d'anxiété de la dissociation gastro-colique.

Ces crises, dans le dolichocôlon, sont en rapport direct avec l'allongement colique et traduisent des ébauches de volvulus, de coudures, etc... Les malaises de la dissociation gastro-colique tiennent au contraire essentiellement, non à l'augmentation de longueur du transverse, mais à l'allongement de son méso.

CLINIQUE

Le tableau clinique de la dissociation gastro-colique est d'une très grande diversité. Il présente cependant une allure générale qui apparente de façon assez étroite les malades qui en sont atteints.

Ce sont beaucoup plus fréquemment des femmes que des hommes (mais beaucoup moins fréquemment que dans la simple ptose gastrique), qui viennent consulter pour des troubles gastriques plus désagréables que douloureux, essentiellement caractérisés par de la gêne post-prandiale. Ce sont des sensations de pesanteur, de lourdeur, de tension épigastrique, de ballonnement, c'est une gêne, mais ce n'est à peu près jamais une douleur, une crampe. Ces malaises s'accompagnent ou non d'éructations, assez rarement de régurgitations stomacales liquides ou alimentaires, moins encore de vomissements.

Le malade, après le repas de midi surtout, se sent inapte à tout travail intellectuel ou physique, il éprouve le besoin de s'étendre.

Très fréquemment, à ces banaux malaises post-prandiaux, s'ajoute un syndrome vago-sympathique. La crise sympathique post-prandiale qui fait partie du syndrome sympathique de Ramond et Carrié, est

caractérisée par un état de malaise avec tachycardie et palpitations. Le battement épigastrique est un des phénomènes les plus constants. Les bouffées de chaleur à la tête s'accompagnent de placards érythémateux sur la face. En sortant de table, la céphalée est fréquente avec somnolence immédiate.

Les sujets vagotoniques se plaignent d'un état nauséux, accompagné fréquemment de sialorrhée et d'aérophagie. L'éréthisme cardiaque, les extra-systoles se voient souvent avec de la bradycardie et de l'hypotension. Mais ce sont là des tableaux schématiques et le plus souvent on observe une association des deux syndromes.

Nous avons rencontré, mais beaucoup plus rarement, des sujets qui accusent un syndrome douloureux tardif, mais sans évolution périodique pouvant faire penser à un ulcus.

Cette gêne post-prandiale, accompagnée ou non d'un syndrome vago-sympathique ne nous évoque guère d'autre diagnostic que celui de banale dyspepsie sensitivo-motrice.

Certains signes, apparaissant uniquement par la position debout, pour disparaître par la position couchée, vont traduire la ptose. Ils sont essentiellement digestifs, neuro-végétatifs et circulatoires.

Les troubles digestifs sont tous ceux que nous avons signalés précédemment. Nous insisterons seulement sur quelques caractères spéciaux. Alors que fréquemment le malade au réveil ne présente aucun malaise, il accuse dès le lever un état nauséux plus ou moins

marqué. Gutmann recommande à ses malades de comprimer fortement leur abdomen pour se relever, et de le décompresser lentement une fois debout ; dans ces conditions, ces « malaises du saut du lit » n'existent plus.

La pesanteur post-prandiale est d'autant plus intense que le repas est plus copieux. Si le malade reste debout, elle persiste 3 ou 4 heures, jusqu'à la fin de la digestion ; mais elle s'atténue et disparaît au bout de quelques minutes à un quart d'heure par la position couchée.

Les symptômes neuro-végétatifs apparaissent aussi au moment où le malade se lève : ce sont des vertiges ou plus exactement un état de déséquilibre, de non sécurité à la marche, avec, parfois, des brouillards passagers devant les yeux. Ce sont aussi parfois de la pâleur du visage contrastant avec la cyanose des extrémités, de la lassitude, un épuisement rapide des forces à la marche et même à la seule station debout. La caractéristique générale de tous ces malaises est de céder par la compression de l'abdomen par une ceinture.

Les troubles circulatoires enfin sont importants et multiples. Ils ont été étudiés par de nombreux auteurs et, en particulier, par Prével, sous le nom de réflexes abdomino-cardiaques. La tachycardie orthostatique, les battements épigastriques ont été fréquemment notés. Nous avons signalé antérieurement la bradycardie, les palpitations, assez souvent les extra-systoles, exceptionnellement la bradycardie

post-prandiales. Le tout disparaît quand le sujet s'étend.

Mais ce qui est aussi très particulier, c'est la chute tensionnelle orthostatique (hypotension posturale des Américains). On constate une baisse soit des 2 tensions, soit seulement de la maxima d'où baisse de la différentielle.

Lian et Blondel signalent l'hypotension artérielle permanente moins nettement en rapport avec la station debout.

Etats lipotimiques et même syncopes à l'orthostatisme ne sont pas rares chez ces malades.

Livierato a désigné sous le nom de réflexe orthocardiaque une dilatation légère du cœur droit par le passage de la position couchée à la position debout.

Nous rapprocherons de ces troubles circulatoires la dyspnée d'effort et la sensation de manque d'air que l'on trouve dans quelques observations.

Tous ces troubles apparaissent après les repas quand l'estomac est plein, ou quand le malade se lève. Ils tendent au contraire à s'atténuer très rapidement par le décubitus.

Mais nous n'avons fait jusqu'ici que reprendre la symptomatologie de la ptose gastrique, car c'est à ce diagnostic que l'on pense en écoutant l'histoire de ces malades.

Nous devons insister cependant sur l'intensité de 2 symptômes qui existent certes chez les ptosiques, et qui sont même classiques, mais qui sont ici à la fois plus constants et plus marqués : c'est l'asthénie et l'anxiété.

La plupart de nos malades dans la proportion de huit sur dix environ sont venus trouver le médecin essentiellement pour une fatigue pathologique sur laquelle n'agissent en aucune façon les toniques habituels. Le moindre effort est prétexte à fatigue : se lever, marcher, réfléchir, converser, vivre enfin, tout devient pour le sujet exténué d'avance, labeur pénible, surmenage. La fatigue intellectuelle est aussi marquée après les repas, c'est une difficulté douloureuse d'accomplir un effort de pensée et de volonté.

Le caractère dominant de cette asthénie est qu'elle apparaît dès que le malade se lève. La marche, et surtout l'ascension d'escalier sont très pénibles à ce moment. Cette asthénie s'atténue peu à peu vers la fin de la matinée pour reprendre aussitôt le déjeuner de midi, et nécessite souvent alors le repos étendu. Elle s'accompagne d'un malaise indéfinissable, d'une sensation de vide épigastrique qui s'apparente d'assez près à cette sensation d'anxiété diffuse dont nous parlerons plus tard. Les toniques habituels sont sans grands résultats. Par contre la situation étendue leur procure un bien-être presque immédiat. Ils sont de même souvent, mais pas toujours, soulagés par le port d'une ceinture abdominale basse.

Ce symptôme asthénie est, nous le répétons, constant, et c'est le symptôme dominant. S'il ne diffère guère de l'asthénie habituelle des ptoses gastriques, il nous a semblé cependant beaucoup plus marqué que dans celle-ci. D'autre part, plus que dans les ptoses gastriques, il s'accompagne d'un état d'inquiétude abdominale très voisin de l'anxiété.

Ces neuro-dyspeptiques, accablés à chaque repas qui détermine un gonflement immédiat, bientôt accompagné de palpitations, se rationnent pour ne plus souffrir. La restriction alimentaire a pour conséquence l'amaigrissement. Cet amaigrissement les inquiète. Prêts à accueillir toutes les suggestions, ils sont déjà des anxieux en puissance ballotés entre les hypothèses les plus tragiques sur la nature de leur état.

Enfin, à un degré de plus, probablement chez des sujets prédisposés par un état mental particulier, cette anxiété s'exagère jusqu'aux troubles mentaux. Un des malades dont nous publions l'observation, a plusieurs fois eu des idées de suicide.

En cherchant des références anatomiques pour notre thèse, nous avons trouvé dans la thèse de Buy quelques références psychiatriques, tout à l'honneur de l'admirable sagacité de ces grands cliniciens qu'étaient Esquirrol et Falret. Bien avant la radiologie, ils avaient pressenti le rôle des ptoses du transverse dans la genèse de certains troubles mentaux. Esquirrol, notant que le côlon transverse peut descendre au pubis, et même se cacher derrière lui, écrit : « Ce déplacement me paraît d'autant mieux mériter l'attention des observateurs qu'il peut expliquer la douleur épigastrique, les tiraillements d'estomac et la constipation dont se plaignent si souvent les mélancoliques ». Nous pourrions encore citer Falret, Des Genettes, Ballin, qui ont remarqué la position basse du côlon transverse à l'autopsie de suicidés.

Nous nous permettrons d'insister sur un caractère particulier de cet état psychique, qui existe d'ailleurs chez les ptosiques, mais que nous retrouvons avec une grande netteté dans la dissociation gastro-colique.

L'anxiété de ces malades est faite d'un malaise indéfinissable, une sensation de vide abdominale, et plus spécialement de vide épigastrique et péri-ombilical. Cette sensation est pénible, c'est elle qui inquiète le malade qui accuse de cette anxiété une affection imaginaire qu'il croit grave, un cancer le plus souvent.

On connaît le rôle capital dans notre sensation de bien-être physique et moral que joue la cénesthésie. La cénesthésie est la sensibilité de la vie végétative. Le propre de cette sensibilité est de se traduire dans la conscience non par des données sensorielles plus ou moins claires, mais par une impression profonde, vague et diffuse de bien-être ou de malaise, par une perception obscure de nos organes qui nous renseigne sur leur situation, leur mouvement. Plus probablement que les infections d'organes, les vices de position d'organes, les abaissements par la traction qu'ils exercent sur les filets nerveux qui sont dans les mésos doivent provoquer un état cénesthésique pénible. On connaît la sensibilité extrême des mésos : elle est prouvée tous les jours lors des interventions abdominales à l'anesthésie locale, où le contact des séreuses reste seul le siège de sensation pénible pour les malades. De plus, le côlon transverse abaissé, par

l'intermédiaire de l'estomac et de ses ligaments postérieurs (faux de la coronaire et faux de l'hépatique), sur lequel tire le ligament gastro-colique, et par l'intermédiaire du méso-côlon transverse, exerce des tiraillements sur la région coeliaque et le plexus solaire.

Il est si vrai que cet état cénesthésique pénible qui provoque l'anxiété est causé par les tractions sur les filets nerveux des mésos, que cet état de malaises diffus, s'atténue considérablement par la position couchée, quelques-uns de nos malades même ont adopté après les repas la position du bassin et des jambes relevés. Le port d'une ceinture abdominale basse atténue aussi progressivement cette sensation pénible, qui finit même par disparaître et avec elle l'anxiété. C'est ainsi qu'un de nos malades anxieux, obsédé jusqu'à avoir des idées de suicide, vit son obsession disparaître par le port d'une ceinture. Le retour des organes à leur position primitive s'est accompagné d'un état cénesthésique normal.

Et c'est sur ce caractère, particulièrement net et marqué dans la dissociation gastro-colique, de la disparition de l'anxiété par la position couchée, et le port d'une ceinture, que nous avons voulu insister.

En réalité, devant ce syndrome dyspeptique hyposthénique, avec asthénie et souvent anxiété, tous ces troubles disparaissent dans le décubitus dorsal pour s'exagérer à l'orthostatisme et après les repas, nous ne pouvons faire d'autre diagnostic que celui de ptose.

Un syndrome surajouté cependant présente une valeur diagnostique importante, si on sait l'interpréter : le syndrome intestinal.

Presque toujours, le malade se plaint d'une constipation chronique, datant de plus ou moins longtemps. C'est souvent une constipation bien tolérée, ces malades souffrent peu. La constipation retentit faiblement sur leur état général, mise à part l'inquiétude que provoque chez les anxieux la rareté des exonérations.

D'autres malades se présentent comme des diarrhéiques, alors que ce sont comme les précédents des constipés avec fausse diarrhée (scyballes nageant dans un liquide brunâtre).

Un degré de plus et l'on arrive au tableau si spécial de l'entéro-colite muco-membraneuse classique, qui, comme nous le savons, se manifeste cliniquement par la triade essentielle : constipation, douleurs intestinales, présence de muco-membranes dans les selles.

D'autres fois, il s'agit vraiment de diarrhée le plus souvent du type appelé par Mathieu colite muqueuse : selles en tas, luisantes, d'odeur fétide, de réaction alcaline.

Enfin, très rarement, il peut s'agir d'une diarrhée de fermentation, selles jaunes mousseuses d'odeur butyrique avec un chiffre élevé d'acides de fermentation.

Ce qui est plus intéressant que le type de la réaction intestinale, c'est la notion d'antériorité des phé-

nomènes intestinaux par rapport aux phénomènes dyspeptiques. Il est capital de s'enquérir de la date des premiers troubles intestinaux et de la façon dont ils ont commencé.

Tous ces troubles intestinaux sont décrits classiquement comme accompagnant la ptose gastrique, et font partie du syndrome de Glénard. Mais nous pensons que leur filiation n'a pas toujours été à notre avis très correctement interprétée.

L'interrogatoire révèle rapidement l'alliance de ces deux syndromes, mais il est parfois difficile d'éviter de penser qu'il s'agit de troubles intestinaux d'origine gastrique. Surtout que ni la constipation, ni la diarrhée ne se présentent sous des aspects différents dans l'un et l'autre cas, sauf peut-être les diarrhées des dyspeptiques gastriques qui peuvent prendre le caractère des diarrhées rythmées qu'a décrites Gutmann, bien que leur constatation n'ait aucun caractère absolu.

Ce qui est capital ici, c'est, nous le répétons, de rechercher avant tout l'antériorité des troubles intestinaux sur les troubles gastriques, de noter la façon dont ils ont commencé : par exemple une histoire de dysenterie bacillaire, une fièvre typhoïde, etc...

Malheureusement nous ne pourrons pas toujours obtenir du malade des renseignements clairs, et préciser ce qui est pourtant capital, l'antériorité des troubles intestinaux sur les troubles gastriques.

L'examen du malade ne nous montrera guère autre chose que des signes banaux de ptose viscérale.

Ces malades beaucoup moins souvent que les panoplosiques, appartiennent au type longiligne, et beaucoup de nos malades présentent une morphologie normale, certains même étaient des obèses. Chez les malades amaigris, on trouve assez souvent, comme chez les ptosiques banaux, un épigastre plat contrastant avec un abdomen proéminent dans sa partie inférieure. Ces malades sont assez souvent soulagés par une ceinture sans pelote. Cet aspect peut être exagéré par la présence d'une ensellure lombaire fréquente (Volkow).

L'exploration de l'abdomen montre un ventre résistant, ou plus souvent mou. Il est parfois possible de palper le transverse sous forme d'un cordon plus ou moins dur, mais cette exploration ne nous montrera que la position du transverse dans le décubitus dorsal, ce qui pour nous a peu d'intérêt. La palpation du transverse en position debout est, en effet, illusoire.

Diverses manœuvres classiques vont nous permettre de constater l'existence d'une ptose. Disons de suite, que contrairement à ce qui est classique, elles n'indiquent pas pour nous qu'il s'agit de ptose gastrique.

La pression du plexus solaire douloureuse dans la position debout, est moindre dans le décubitus dorsal.

En se plaçant derrière le malade debout, si on relève la partie inférieure de l'abdomen avec les deux mains croisées en sangle, la douleur disparaît.

Elle s'exagère au contraire, au moment où on abandonne brusquement la masse viscérale ainsi remon-
tée. C'est le signe classique de la sangle de Glénard.

On trouvera aussi le signe décrit par Leven sous le nom de douleur-signal. Le malade étant debout, on exagère la douleur solaire par une pression forte au creux épigastrique. Sans relâcher cette pression, on déprime profondément la paroi abdominale du bord cubital de l'autre main, que l'on remonte progressivement en procédant par échelon. Il arrive un moment où la douleur épigastrique cesse, ou est notablement diminuée. Leven considère ce signe comme appartenant en propre à la ptose gastrique : il admet que la douleur provoquée disparaît lorsque la main atteint et relève la grande courbure à sa partie inférieure. En réalité, nous avons vu ce signe aussi nettement avec un estomac haut situé en cas de ptose du transverse. Par l'intermédiaire du grêle, le malade ressent un soulagement immédiat et précis. Ce signe indique donc aussi bien une ptose colique qu'une ptose gastrique.

En fait, il est impossible cliniquement de faire le diagnostic entre une ptose gastrique, et une dissociation gastro-colique, c'est-à-dire une ptose unique du transverse.

Il ressort de cette étude clinique que rien chez nos malades ne permet de porter le diagnostic exact, et que chez tous, nous avons pensé à des troubles dyspeptiques en rapport avec une ptose gastrique. Soulignons cependant l'importance du syndrome asthénie et inquiétude, allant jusqu'à l'anxiété. Ils exis-

tent certes chez les malades atteints de ptose gastrique, mais ils nous ont paru plus marqués ici. Un point capital enfin nous reste à signaler, c'est l'importance des troubles intestinaux, et leur antériorité sur le syndrome gastrique.

En résumé, nous ne pouvons réunir que bien peu d'arguments pour faire un diagnostic. Celui-ci est uniquement fourni par l'examen radiologique.

Examen radiologique

Nous allons rappeler brièvement la façon de préparer les malades.

Nous n'insisterons pas de nouveau sur les raisons qui nous ont fait préférer la méthode par ingestion de baryte à la méthode par lavement.

Le malade ayant déjà pris trois repas barytés, 20 heures, 14 heures et 7 heures avant l'examen, nous lui faisons avaler une quatrième bouillie barytée au cours de l'examen, le malade étant à jeun.

Un seul repas précédant de 6 heures l'examen est, nous le répétons, nettement à éliminer, car il y a les plus grandes chances pour qu'il n'injecte que le côlon droit. En donnant des repas multiples suivant l'horaire précédemment indiqué, nous aurons le plus souvent une injection totale des côlons.

Voici ce que l'on observe en cas de dissociation gastro-colique.

Le transverse, par définition, est ptosé. Cette ptose est extrêmement variable suivant les sujets. Ce qui est intéressant, c'est le degré maximum de la ptose

dans un cas déterminé, c'est-à-dire de situer par rapport au pubis la partie la plus ptosée du transverse.

On peut le trouver derrière le pubis ou à quelques centimètres, 2 à 4, au-dessus de lui. Ce n'est pas toujours la partie moyenne du transverse qui est la plus ptosée, mais souvent la partie droite. Nous savons d'ailleurs que le ligament gastro-colique est normalement plus long à droite qu'à gauche. Il s'agit pour nous de constatations radiologiques. Nous devons ajouter que ces ptoses de la partie droite du transverse s'accompagnent de ptose de tout le côlon droit. Nous y reviendrons tout à l'heure.

La forme de ce transverse dépend en grande partie de la situation des angles. Dans la dissociation gastro-colique, nous avons observé les deux éventualités : ptose du transverse avec ou sans ptose des angles. Nous devrions mettre angle au singulier, car le plus souvent il s'agit de ptose de l'angle colique droit.

Lorsque la dissociation s'accompagne de ptose des angles, le transverse augmenté de longueur décrit des sinuosités plus ou moins complexes, mais dont la complexité est loin d'atteindre celle des dolichocôlons congénitaux.

Lorsque les angles sont restés en place, le transverse tend à prendre les types en guirlande en U ou en V. Ceci est quelque peu schématique.

Disons tout de suite que les dissociations gastro-coliques avec angles en place, non ptosés, nous ont paru plus pénibles que celles s'accompagnant de ptoses de l'angle sous-hépatique. Il se passe ici un

phénomène analogue à celui qui est classique dans les ptoses gastriques avec ou sans ptose pylorique.

Quand le médecin constate aux rayons une telle ptose du transverse, il s'attend à trouver un estomac abaissé, tant il est classique de dire que le transverse suit la grande courbure de l'estomac comme son ombre. Nous savons, par les recherches de Ducatte, que le ligament gastro-colique qui représente la distance séparant la grande courbure du transverse est de 3 centimètres 5 à 5 centimètres à droite, et de 1 cm. 5 à 3 centimètres à gauche. Mais ces recherches ont été faites sur le cadavre, ces ligaments sur le vivant sont certainement plus courts et radiologiquement, la distance qui sépare le transverse de la grande courbure chez les sujets normaux est en moyenne de 1 à 2 centimètres (mensuration sur 20 sujets).

Chez nos malades, l'estomac est en situation normale. Il existe un contraste frappant entre cet estomac dont la grande courbure ne dépasse pas, ou peu, la crête iliaque ou la ligne bi-iliaque, et le transverse voisin du pubis. Il s'ensuit un espace clair, haut de plusieurs centimètres, entre cette grande courbure et le bord supérieur du transverse. Nous avons chez beaucoup de nos malades mesuré cette distance qui, somme toute, mesure l'étirement du ligament gastro-colique. Elle varie de 5 à 13 centimètres.

On conçoit les perturbations que peut apporter une telle traction ligamenteuse dans le fonctionnement harmonieux de notre sens cénesthésique.

Avant d'en terminer avec cet aspect radiologique, nous tenons à attirer l'attention sur une précaution classique : ne prendre son orthodiagramme ou ne faire la téléradiographie que 5 à 10 minutes après avoir absorbé la bouillie gastrique. Au début de l'examen chez certains ptosiques, il y a une surprise gastrique qui pour ainsi dire rend l'estomac plus tonique et plus haut, tonicité qui s'affaiblit après quelques minutes. On pourrait croire ainsi à une dissociation gastro-colique qui n'existe pas. D'autre part, nous avons revu nos malades à des heures différentes de la journée, dans le but de voir si le transverse ptosé l'était toujours au même degré, et si les grands mouvements physiologiques en masse décrits par Olchneckt ne viendraient pas vicier le syndrome de dissociation. Toujours nous avons trouvé notre transverse sensiblement à la même place, peut-être parce que nos malades présentent précisément des côlons pathologiques. Des côlons forcés dirions-nous si ce terme ne nous apparaissait pas par trop exagéré.

A cette dissociation gastro-colique s'ajoute chez certains de nos malades une sténose fonctionnelle duodénale liée à l'écrasement de la troisième portion par la mésentérique ou la racine du mésentère. Nous ne l'avons observé que chez nos malades qui présentent une dissociation gastro-colique avec ptose de l'angle sous-hépatique et du caecum. Nous n'insistons pas sur la pathogénie qui est classique, mais dans les cas qui nous occupent, cette sténose duodénale surajoutée à la dissociation gastro-colique enrichit et déforme la symptomatologie.

TRAITEMENT

Le traitement de la dissociation gastro-colique est symptomatique et causal.

Traitement symptomatique

Il consiste à rapprocher le côlon transverse de la grande courbure, par le moyen d'une sangle abdominale basse dont le bord supérieur ne doit dépasser que de peu l'ombilic. Il en existe dans le commerce de très nombreux modèles plus ou moins efficaces. L'efficacité de la ceinture ne peut se juger que sous l'écran.

Faut-il ou ne faut-il pas de pelote : pelote élastique pleine ou pelote insufflable dont les modèles sont innombrables ? La forme du ventre constitue une première indication générale. Le plus souvent un malade dont le ventre est proéminent dans sa partie sous ombilicale, verra ses malaises s'atténuer par le port d'une simple sangle droite et sans pelote. La ceinture agit en soulevant la masse du grêle et par elle le transverse. A l'opposé, un malade à ventre plat ou concave a peu de chances d'être soulagé par une sangle abdominale sans pelote. Malheureusement même une sangle abdominale avec pelote ne soulage

pas toujours et même exagère parfois les malaises. C'est comme nous l'avons vérifié souvent, que la pelote agit en exagérant la dissociation gastro-colique en s'insinuant entre le côlon transverse et l'estomac. Nous verrons plus loin ce que l'on peut opposer à des cas de cet ordre.

Egalement dans le traitement symptomatique, nous rangerons les moyens mécaniques tels que gymnastique abdominale tendant à refaire les parois défaillantes, les cures d'engraissement tendant à former des dépôts de graisse interstitielle dans les mésos.

Traitement causal

Il s'adressera avant tout à l'intestin, puisque c'est un disfonctionnement intestinal qui a causé l'allongement du transverse, cause de la chute de cet organe.

S'il s'agit d'une constipation banale non douloureuse avec dolichocôlon atonique sans grosse réaction, nous pourrons utiliser le traitement qu'Alban Girault a préconisé sous le nom de traitement horaire de la constipation. Il utilise la semence de psyllium associée à la préparation suivante :

Racine de Podophylle	8 gr.
Racines de Gratiole	16 gr.
Racines de Bryone	8 gr.
Baies de nerprun	4 gr.
Lin purgatif	16 gr.

Faire macérer à froid pendant 48 heures dans 200 centimètres cubes d'eau. Ajouter 100 grammes

d'alcool à 60° et laisser 24 heures en présence. Filtrer.

De cette solution le malade prélève chaque matin 30 gouttes et y ajoute 120 centimètres cubes d'eau. Il prend une cuillerée à dessert de cette solution toutes les heures, soit 12 heures sur 24. Le psyllium est pris : 2 cuillerées à café à chacun des grands repas.

Cette méthode a le défaut d'être absorbante pour le malade qui l'abandonne rapidement.

Plus simple et plus pratique nous paraît être le traitement sinon horaire mais fractionné de Gaston Durand.

Soit par l'écorce de bourdaine, 5 grammes en infusion suivi de macération, que l'on prend en quatre fois au début des trois repas et au milieu de l'après-midi. Soit par l'huile de ricin en capsules que l'on prend quotidiennement en 3 ou 4 prises aux mêmes heures.

Mais le plus souvent, il suffira de donner un simple régime cellulosique (à tous les repas un plat de légumes herbacés et fruits cuits) et, suivant la pratique du Professeur Noël Fiessinger, un traitement de la constipation par des biscottes à base de son, des mucilages et de l'huile de paraffine pour obtenir, au bout d'un temps variable, mais assez long d'ailleurs, une régularisation des selles et une diminution de longueur du transverse, ce qui a priori paraît peu vraisemblable.

Il peut être utile d'y adjoindre certains traitements électriques comme celui de Delherme et Laquière, ou de Mlle Reichenecker.

Lorsque ce n'est pas la constipation qui domine, mais une colite muqueuse par exemple de type putréfaction, il y aura lieu de modifier l'état intestinal par des pansements bismuthés, des solutions salines (type solution de Mathieu), des vaccins, etc... Quant aux fermentations, elles devront être toutes de façon très différentes par un régime spécial exempt de farineux et de cellulose, et devront être combattues par des préparations maltées et du carbonate de chaux léger.

Mais dans tous les cas, et cela nous ramène au traitement symptomatique, il faudra s'occuper avec le plus grand soin de l'état nerveux. Avant toute chose, il convient de rassurer le malade, lui expliquer qu'il ne présente rien de grave, une banale ptose. Conseiller le repos étendu prolongé, quelquefois en dehors du milieu familial, une hydrothérapie tiède, voir même le séjour dans une station thermale type Plombières, Nérès ou Divonne. Les antinervins sont de mise : préparations bromurées, préparations à base de passiflores, de cratoégus, de valériane, enfin le gardénal à petite dose associé ou non à la belladone ou à l'ésérine.

Traitement chirurgical

Mais comme nous l'avons vu, il est des cas où le transverse ne se remonte que très mal par le port d'une ceinture. Il est même des cas où la pelote pneumatique exagère la dissociation. C'est alors que

l'on discutera de l'opportunité d'un traitement chirurgical.

Quand la dissociation gastro-colique ne s'accompagne pas de chute des angles coliques, on peut recourir à la résection plus ou moins large du grand épiploon souvent épais et lourd, associée à la diminution de hauteur du ligament gastro-colique. « Le plus simple moyen est de plisser ce dernier par une série de ligatures de catgut disposées de manière à ne pas produire de coudures coliques. » (Lardennois).

S'il existe une ptose associée de l'angle colique droit, on s'adressera à la colopexie en équerre de Pierre Duval et Grégoire qui, nous le rappelons, comporte deux temps :

1° Fixation directe de la bandelette postérieure du côlon ascendant à la paroi lombaire dépéritonisée.

2° Fixation horizontale directe de la bandelette du côlon transverse à la paroi abdominale antérieure le long d'une incision horizontale qui permet d'écarter le péritoine.

Lambret a décrit un procédé original et ingénieux qui consiste à tailler à droite dans la gaine antérieure du muscle droit une bandelette aponévrotique retenue par la base supérieure à la paroi, large de 2 centimètres. On l'introduit dans l'abdomen et on l'applique sur les bosselures du côlon transverse, de l'angle hépatique et de l'ascendant, puis on la fixe par

une série de points d'enfouissement, réalisant en même temps une coloraphie modelante.

On peut à la façon de Dupuy de Frenelles remplacer la bandelette aponévrotique par un tendon de renne que l'on insère dans la paroi droite et à gauche au niveau de la dixième côte.

CONCLUSIONS

Classiquement le côlon transverse suit la grande courbure gastrique comme son ombre. La ptose du transverse accompagne la ptose de l'estomac et n'est pas étudiée séparément.

Si la ptose gastrique entraîne toujours, ou presque toujours une ptose du transverse, par contre la réciproque n'est pas vraie. Il est des cas nombreux de ptose isolée du transverse coïncidant avec une situation normale ou même haute de l'estomac : c'est la dissociation gastro-colique, dissociation qui n'est possible que par l'étirement du ligament gastro-colique.

L'étiologie de cette dissociation gastro-colique est à rechercher dans une affection intestinale de longue durée (constipation chronique, colites diverses) ayant amené un allongement du transverse et secondairement sa ptose avec étirement du ligament gastro-colique.

Cette dissociation gastro-colique se caractérise cliniquement par les signes banaux communs à toutes les ptoses abdominales. Cependant, plus que les ptoses gastriques, elle s'accompagne d'asthénie, d'anxiété diffuse, voire même d'obsession créant un syndrome mental particulier. La raison de ces malaises est à rechercher dans une perturbation du sens cénesthésique liée à la traction du ligament gastro-colique.

En plus de ces signes psychiques l'existence de troubles intestinaux, le plus souvent du type constipation, ou colite muqueuse, et surtout leur préexistence par rapport aux malaises actuels sont un grand appoint pour le diagnostic.

Mais si le diagnostic peut être pressenti par la clinique, il ne peut être affirmé que par l'examen radiologique. Celui-ci montre un estomac haut et normalement situé atteignant ou dépassant à peine la ligne bi-crêtes et contrastant avec la situation basse du transverse plus ou moins rapproché du pubis. La distance qui sépare le bas fond gastrique du bord supérieur du transverse est variable de 6 à 13 centimètres.

Cette dissociation gastro-colique peut s'accompagner, surtout en cas de ptose de l'angle colique droit, d'une sténose duodénale par traction de l'artère mésentérique ou du mésentère.

Le traitement symptomatique est celui de toutes les ptoses abdominales. Son élément majeur en sera le port d'une ceinture. Le traitement causal consiste en un traitement intestinal approprié. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on aura recours au traitement chirurgical.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
FIESSINGER.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BECLERE. — A propos des variations de longueur du gros intestin (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, p. 270, 1923).
- BUY. — Anatomie du côlon transverse (*Thèse de Toulouse*, 1900).
- CARAJANNOPOULOS. — Sur la pathologie de la ptose viscérale chez la femme (*Presse méd.*, 1926).
- M. CHIRAY, G. LARDENNOIS, J. BAUMANN. — Les colites chroniques (Masson éd., 1934).
- C. CHIRAY, A. LOMON et R. WAHL. — Le dolichocôlon (Masson, éd., 1931).
- COHAN. — Recherches sur la situation du côlon transverse (*Thèse de Paris*, 1898).
- CRUVEILHIER. — Anatomie descriptive, tome II, 5^e édition.
- CUILLERET. — L'entéroptose (*Gazette hôp.*, 22 septembre 1888).
- DUCATTE G. — Les ptoses du gros intestin et leurs complications (*Thèse de Paris*, 1899).
- DUPUY DE FRENELLES. — Technique chirurgicale, oct. 1936.
- DURAND. — L'administration fractionnée des laxatifs dans le traitement de certaines constipations (*Arch. mal. app. digest.*, p. 1281, 1929).
- DUVAL et GRÉGOIRE. — *Presse médicale*, 1921, p. 233.
- ESQUIRROL. — Mélancolie (*Dict. des Sciences médicales*, 1829).

- KNUD FABER. — Rapport entre la forme de la cage thoracique et la forme de l'estomac (*Arch. des Mal. du tube digestif*, 1926).
- FAROY. — Les faux gastriques d'origine intestinale (*Presse Médic.* 1918, n° 30).
- FEREOL. — Rapport sur l'entéroptose (*Bull. Soc. méd. hôp. de Paris*, 1886).
- FIESSINGER et HUTET. — Contribution à l'étude radiologique de la traversée colique de l'Homme Normal (*Arch. des Mal. App. Dig.*, 1933, p. 689 et 1935, p. 553).
- FROMONT. — Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif (*Thèse de Lille*, 1890).
- FROUIN. — Contribution à l'étude des troubles neurovégétatifs dans les dislocations gastro-intestinales (*Thèse de Paris*, 1933).
- GATELLIER, MOUTIER, PORCHER. — *Atlas radiologie clinique tube digestif*, tome II (Masson, éd. 1930).
- GIRAULT. — Un traitement médical des dolichocôlons (*Arch. mal. app. dig.*, p. 719, *Soc. de gastr. ent.*, 10 mai 1926).
- FRANTZ GLENARD. — De l'entéroptose (Paris 1885).
- Les ptoses viscérales (Paris, Masson, éd. 1889).
 - Paroi abdominale et diaphragme dans les ptoses (*Arch. des mal. app. dig.*, janvier 1924).
- GRASSET. — La névropathie psychosplanchnique (*Jour. méd. fr.* 1909).
- RAYMOND GRÉGOIRE. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen.
- GUTMANN. — Ptoses in Les syndromes douloureux de la région épigastrique, tome II (Paris Doin, éd., 1934).
- JACQUET. — Les vertiges des ptosiques (*Liège Méd.*, 30 juin 1929).

- Les ptoses et le syndrome de mauvaise contention des organes abdominaux (*Journ. méd. fr.*, novembre 1929).
- G. KNITTEL. — Contribution à l'étude des modifications de la forme et du siège des côlons par l'exploration radiologique (*Fortsch. a. d. Geb. d. Roentgenstrahlen*, avril 1932).
- LABAN. — Le segment transversal du côlon (*Thèse de Paris*, 1923).
- LAMBRET. — *Presse médicale*, 1931, p. 1477.
- LARDENNOIS et AUBOURG. — Allongements segmentaires du gros intestin (*Journal de radiol. et d'électrol.*, février 1914).
- LEVEN. — La douleur-signal (*La Clinique*, 6 janv. 1911).
- Symptômes orthostatiques (*Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 31 mai 1912).
- LIVIERATO. — In L. Grossi. Réflexes abdomino-cardiaques et ortho-cardiaques de Livierato (*Paris médical.*, 27 déc. 1924).
- LEFLANC. — Rapport du bord inférieur de l'estomac et du côlon transverse. (*Bulletin Méd. Algérie*, 25 août 1911).
- LOEPER et BAUMANN. — La Léiasthénie (*Presse médic.*, 7 sept. 1929).
- MARRE. — Les réactions générales d'origine colique (*Thèse Paris*, 1910).
- MAUCLAIRE et MOUCHET. — Considérations sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse (*Soc. Anat.*, 1896).
- MOODY, VAN NUYS et CHAMBERLAN. — La position de l'estomac, du foie et du côlon. Résultats d'une étude aux rayons X sur 600 adultes bien portants (*Journal of. American medical Association*, 8 déc. 1923).

MOUTIER. — Dyspepsies (*in Encyclopédie médico-chirurgicale*).

PRON. — Pratique des maladies de l'estomac.

PREVEL. — Le réflexe abdomino-cardiaque (*Paris médic.* 17 fév. 1917), (*Presse médic.*, 21 avril 1920).

REICHENECKER (Mlle). — Un nouveau mode de traitement des méga-dolichocôlons (*Arch. mal. app. dig.*, p. 866, 1929).

SURMONT, COVIN, MINNE, J. SURMONT et TIPREZ. — Quelques précisions d'origine stéréoradiographique sur l'anatomie du côlon (*Arch. mal. app. dig.*, p. 682, 1931, *Soc. gastr. ent. Paris*, avril 1931).

TREMOLIERES et CAUSSADE. — Pathologie de l'intestin (*in Traité de Médecine de Roger, Vidal, Teissier*).

R. WAHL. — Ptose gastrique (*in Encyclopédie médico-chirurgicale*).

